МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР
ВСЕСОЮЗНОЕ ОБЩЕСТВО ХИРУРГОВ
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ПИРОГОВА

ВЕСТНИК ХИРУРГИИ

ИМЕНИ
И. И. ГРЕКОВА



МАЙ

ТОМ 114

ОСНОВАН В 1885 ГОДУ



ЛЕНИНГРАД «МЕДИЦИНА»
ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ 1975

том соответственно язве) прикладывается на свое место. Рана закрывается наглухо и прикрывается давящей повязкой, ограничивающей движения в голеностопном суставе. После операции этим больным в течение 10 дней производят чреспяточные вливания новокаин-пенициллин-гидрокортизоновой смеси.

Выводы

1. Длительно не заживающие неспецифические язвы голени целесообразно делить на варикозные, посттромботические, варикозно-тромботические, ишемические, посттравматические и пиогенные.

2. Хроническое торпидное течение язв голени наряду с другими факторами в значительной степени обусловлено первичным или вторичным нарушением регионарной гемодинамики и лимфообращения, затрудняющим репаративные процессы.

3. Лечение этих язв требует применения комплекса консервативных и оперативных мероприятий, в том числе корригирующих местные нарушения кровообращения.

ЛИТЕРАТУРА

Акулова Р. Ф. Лечение больных с язвами нижних конечностей. М., 1953; Аскерханов Р. П. Хирургия периферических вен. Махачкала, 1973; Арацханов А. М. В кн.: Хирургия венозной системы. Махачкала, 1969; Вишневский А. В., Вишневский А. А. Новокаиновые блокады и масляно-бальзамические антисептики как особый вид патогенетической терапии. М., 1952; Гнилорыбов Т. Е. Трофические язвы нижних конечностей и их лечение. 1940; Григорян А. В., Гостищев В. К., Толстых П. И. Трофические язвы. М., 1972; Демидов П. П. Вестн. хир., 1970, 9; Зеленин Р. П. Хирургия, 1968, 6, с. 100; Пшеничников В. И. Трофические язвы конечностей и их лечение. М., 1954; Созон-Ярошевич А. Ю. Клин. мед., 1951, 12, с. 22; Языков Д. К. Трофические язвы, 1942.

HEMODYNAMIC DISTURBANCES IN NONSPECIFIC CHRONIC CRURAL ULCERS

By *R. P. Askerhanov* and *A. M. Aratskhanov*

The state of regional hemodynamics in crural ulcers was studied in 180 patients by means of hemodynamic tests, oscillography, capillaroscopy, thermometry, phlebotonometry, phlebography, studies of blood biochemistry and gas content, as well as acid-base reserves. The changes observed proved to be not identical in varicous, thrombotic, ischemic, traumatic and pyogenic ulcers. The pathogenetic importance of and conditions for a secondary development of some or other hemodynamic disorders were determined, which being kept in mind permit an individual approach to the therapy, including the methods of correction of arterial and venous blood flow.

УДК 616.313-006.6-089 : 616.316-006.6-036.65-084

Канд. мед. наук *Ю. А. Шеломенцев* и *А. А. Сушенцов*

О НЕКОТОРЫХ ПРИНЦИПАХ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЯЗЫКА

Кафедра хирургической стоматологии (зав.— проф. В. А. Дунаевский) 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И. П. Павлова (ректор — проф. В. А. Миняев), кафедра нормальной анатомии (зав.— проф. А. В. Борисов) Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института (ректор — проф. Е. В. Рождественский) и Ленинградский научно-исследовательский институт онкологии им. проф. Н. Н. Петрова МЗ СССР (дир.— проф. Н. П. Напалков)

По данным ряда авторов, рак языка составляет 1—3% всех злокачественных опухолей человека (П. А. Герцен; Б. А. Рудявский; Grellet). В Финляндии, например, за последние годы отмечено увеличение частоты рака языка, которая достигает 1,5 на 100 000 населения (Siirala).

Число поражений раком дна полости рта приближается к приведенным данным. Многие авторы сообщают весьма солидный клинический материал: Ю. В. Петров, В. А. Гремилов — 122 наблюдения рака языка, И. П. Кузнецова, А. П. Зыков — 251, Vermund, Gollin — 154, Whitaker, Lehr, Askovitz — 258.

Считается каноном, что радикальность оперативного вмешательства при раке различных локализаций может быть обеспечена, если за пределы пальпируемых границ опухоли в сторону здоровых тканей отступить на 1,5—3,0 *см*. Между тем исследования П. Е. Кульчинского показали, что, например, при раке желудка опухолевые клетки во внутриорганном лимфатическом русле могут распространяться на 6—6,5 *см* к периферии от новообразования.

Лимфогенное распространение рака возможно не только путем отделения опухолевых клеток от первичного очага, их транспортировки и оседания в одном из звеньев лимфатического русла, но и вследствие интралимфовазального роста опухоли (С. И. Щелкунов). При хирургическом удалении первичного рака языка и дна полости рта используются различные доступы. Выполнение некоторых из них, в частности доступа через внутриротовой разрез, сопряжено с пересечением внутриорганных лимфатических путей. Это, в свою очередь, может обусловливать развитие местных рецидивов.

С целью обоснования некоторых принципов профилактики местных рецидивов рака языка и дна полости рта и предпринято наше исследование.

Обоснование некоторых принципов профилактики местных рецидивов при удалении рака языка и дна полости рта основано на изучении отдаленных результатов комбинированного лечения рака языка у 138 больных (клинический материал за 1961—1972 гг. нам любезно предоставлен Ленинградским научно-исследовательским институтом онкологии им. проф. Н. Н. Петрова МЗ СССР); на исследовании архитектоники внутриорганного лимфатического русла 119 анатомических препаратов языка и дна полости рта; на результатах острого опыта (12 беспородных собак в возрасте от 2 до 4 лет).

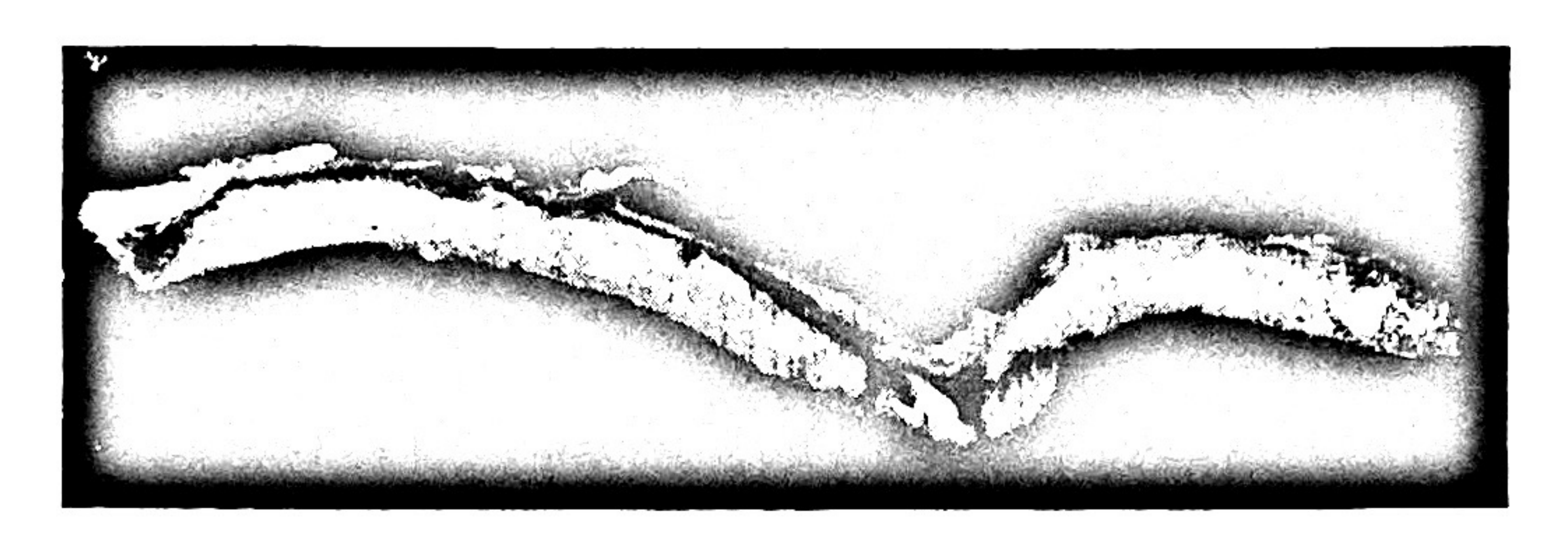
У всех оперированных больных было выполнено стереотипное хирургическое вмешательство — резекция органа с доступом через внутриротовой разрез. Выполнение операции осуществлялось в соответствии с общепринятыми правилами удаления злокачественных опухолей — разрез производился в пределах окружающих здоровых тканей на расстоянии 1,5—3,0 *см* от пальпируемых границ раковой опухоли. При изучении отдаленных результатов учитывалось отсутствие или наличие местных рецидивов, их протяженность, продолжительность жизни по окончании комбинированного лечения.

Анализ отдаленных результатов лечения рака языка у 138 больных показал, что в 23,1% наблюдений, или почти у каждого четвертого больного, возник местный рецидив. В заключениях на присланный операционный материал патологоанатом в ряде случаев констатировал, что «операционный разрез и морфологическая граница опухоли почти совпадают». Представляется, что, когда опухолевые клетки или интравазальный рост распространяются во внутриорганном лимфатическом русле на значительном протяжении, резекция органа с доступом через внутриротовой разрез не может рассматриваться как радикальная операция. При выполнении такого хирургического вмешательства может, вероятно, нарушаться абластика. Аналогично можно трактовать и причины возникновения местных рецидивов рака дна полости рта.

Рецидивы, как известно, в не меньшей степени угрожают жизни больного (В. П. Захаров; Б. А. Рудявский; Jonemoto и соавт.; Vermund, Gollin). В связи с этим клиницист обязан видеть свою задачу в преду-

преждении местных рецидивов, а не в отрицании возможности абластичного вмешательства на этих органах (Б. А. Рудявский).

Изучение внутриорганного лимфатического русла языка и дна полости рта, проведенное на трупах плодов и людей разного возраста, показало, что оно представлено корнями лимфатической системы — капиллярами, залегающими в слизистой оболочке языка и дна полости рта, и коллекторными лимфатическими сосудами, которые, как и основной ствол язычной артерии и ее ветви, располагаются в толще мышц этих органов. Коллекторные лимфатические сосуды следуют паравазально по отношению к основным ветвям язычной артерии, переходят в наиболее крупные лимфатические сосуды, которые занимают паравазальное положение по отношению к самой язычной артерии. Такой принцип расположения лимфатических коллекторных сосудов сохраняется на всем протяжении обеих симметричных половин языка. Пара-



Препарат язычной артерии взрослого человека. Стенки ее интимно связаны со сплетениями паравазальных коллекторных лимфатических сосудов.

вазально залегающие лимфатические сосуды интимно связаны со стенкой язычной артерии и ее ветвей (см. рисунок). Язычная артерия и ее ветви окружены рыхлой соединительной тканью. В таких же взаимоотношениях находятся подъязычная артерия, обеспечивающая питание тканей дна полости рта, и паравазально располагающиеся по отношению к ней коллекторные лимфатические сосуды.

Таким образом, отток лимфы от языка и дна полости рта происходит исключительно через паравазальные лимфатические сосуды, которые образуют вокруг язычной артерии и ее ветвей мощные сплетения. Именно в этих магистральных лимфатических стволах могут оседать комплексы раковых клеток или находиться интравазально растущие опухолевые элементы. Именно они являются путями внутриорганного распространения процесса, путями метастазирования в регионарные лимфатические узлы подчелюстной области и шеи. Поэтому радикальность оперативного вмешательства, соблюдение при этом должной абластики могут быть обеспечены не только удалением самой опухоли в пределах здоровых тканей, но и максимально возможным удалением экстра- и интраорганных сплетений лимфатических сосудов. Особенно это относится к паравазальным внутриорганным коллекторным сосудам.

Подтверждение этому мы нашли и в эксперименте. У всех подопытных животных в бассейне язычной артерии наблюдалось наличие прижизненно окрашенных паравазальных лимфатических сосудов.

Таким образом, как при изучении трупного материала, так и в эксперименте получен однозначный ответ на вопрос о взаимоотношениях язычной артерии и ее ветвей с коллекторными лимфатическими сосудами. Установлено паравазальное расположение последних по отношению к питающим язык и дно полости рта сосудам.

Выводы

1. При удалении первичного рака языка и дна полости рта показан такой объем хирургического вмешательства, при котором собственно ствол язычной артерии, ее наиболее крупные ветви и, следовательно, все паравазальные коллекторные лимфатические сосуды будут полностью удалены с опухолью, с окружающими ее здоровыми тканями.

2. Поскольку ткани дна полости рта получают питание от язычной артерии, а внутриорганные лимфатические сосуды органа по отношению к ее ветви — подъязычной артерии — ведут себя как паравазальные, вместе с резекцией языка показано и удаление тканей дна полости рта, причем с точки зрения соблюдения абластики предпочтительно удаление обоих органов в едином комплексе. Это тем более показано, что, по нашим данным, многие лимфатические сосуды боковой поверхности языка переходят в лимфатические сосуды дна полости рта.

3. В комплекс удаляемых тканей при резекции языка или тканей дна полости рта следует включать подъязычную и подчелюстную слюнные железы, так как в 8 из 10 случаев коллекторные лимфатические сосуды проходят по периметру желез, проникают в их толщу, образуя сплетения сложной архитектоники.

4. Одной из мер предупреждения рецидивов рака языка и дна полости рта следует считать выбор оперативного доступа. Представляется, что в большинстве случаев операция должна осуществляться с доступом через наружный разрез в одной из наиболее оптимальных модификаций (по Еремичу — Спижарному, по Красину, по Bergmann'у). По-видимому, доступ через наружный разрез в наибольшей мере обеспечивает возможность абластичного осуществления оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

Герцен П. А. О раке языка. Доклад на XX съезде российских хирургов. М., 1929, с 161; Захаров В. П. Труды Пермского мед. ин-та. Пермь, 1968, т. 84, с. 673; Кузнецова И. П., Зыков А. П. Мед. радиол., 1973, 18, 4, с. 9; Кульчинский П. Е. О распространении рака в стенке желудка вне первичной опухоли. Автореф. дисс. Л., 1954; Петров Ю. В., Гремилов В. А. Вопр. онкол., 1958, 3, с. 306; Рудявский Б. А. Рак языка. М., 1968; Щелкунов С. И. Цитологический и гистологический анализ развития нормальных и малигнизированных структур. Л., 1971.

Grellet M. Rev. stomatol., 1973, 74, 2, 111; Pierquin B. Nouv. presse med., 1972, 1, 44, 2951; Siirala U. Acta oto-laryng., 1973, 75, 4, 309; Som M. J. Trans. Am. Akad. ophthalmol. and oto-laryng., 1973, 77, 2; Vermund H., Gollin F. Cancer, 1973, 32, 2, 333; Whicker J. H. et al. Laryngoscope, 1972, 82, 1853; Whitaker L. A., Lehr H. B., Askovitz S. J. Plast. reconstr. Surg., 1972, 50, 4, 363.

ON SOME PRINCIPLES OF PROPHYLAXIS AGAINST RECURRENCES IN SURGICAL TREATMENT OF CANCER OF THE TONGUE

By *Iu. A. Shelomentsev* and *A. A. Sushentsov*

Based on the analysis of late results, obtained in the combined treatment for cancer of the tongue in 138 patients, the materials of studying intra- and extraorganic lymphatic bed on 119 anatomical preparations of the tongue and bottom of the oral cavity, as well as the data of an acute experiment on 12 dogs, the authors offer reasonable grounds for some principles of prophylaxis against local recurrences in surgical removal of the tongue and bottom of the oral cavity for cancer. The suggested technic of surgical intervention can be used practically both by specialists of oncology and surgery, who are well experienced in the face and jaw surgery.
